

Less is more

Citation for published version (APA):

van Zundert, J. (2019). *Less is more*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20191220jz>

Document status and date:

Published: 20/12/2019

DOI:

[10.26481/spe.20191220jz](https://doi.org/10.26481/spe.20191220jz)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Prof.dr. Jan van Zundert

Faculty of Health, Medicine and Life
Sciences

Less is more

Leden van het College van het Bestuur van de Universiteit Maastricht, leden van de Raad van Bestuur (RvB) van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC), zeer geachte collegae, familie en vrienden: welkom en dank voor uw aanwezigheid in deze prachtige St Janskerk.

Met deze rede aanvaard ik het ambt als hoogleraar Pijn geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Het is voor mij een grote eer om hier in Maastricht de derde pijnhoogleraar te worden, in opvolging van mijn eerbiedwaardige voorgangers Prof Menno Sluiter en Prof Maarten van Kleef, beiden letterlijk en figuurlijk zeer grote personen in ons vakgebied!

Ondertussen is de leerstoel ook geëvolueerd van anesthesiologie in het bijzonder de pijnbestrijding naar pijn geneeskunde, zoals op de uitnodiging voor deze dubbeloratie te lezen staat. Ik hoop dat de redenen hiervoor in de loop van mijn rede ook voor iedereen duidelijk zal worden.

In het kader van mijn aanstelling wordt er ook een akkoord gesloten tussen de Raden van Bestuur van het Maastricht Universitair Medisch Centrum en het Ziekenhuis Oost-Limburg, waar ik ook nog blijf werken, voor een formele samenwerking tussen het befaamde pijn en onderzoekscentrum van het MUMC en anderzijds het state of the art Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL in Lanaken, op slechts een paar km van hier. Daarmee officialiseren we de samenwerking die reeds meer dan 20 jaar bestaat op het vlak van onderzoek, onderwijs en opleiding. Voor de toekomst exploreren we ook de mogelijkheden voor de patiëntenzorg.

Mevrouw de Rector, bij ons kennismakingsgesprek enkele maanden geleden, vroeg u mij: “Pijn geneeskunde ... wat kan ik me daarbij voorstellen?” Zoals toen beloofd volgt vandaag een woordje uitleg en aangezien ik genetisch belast ben met geschiedenis, gaan we daar mee starten. Nadien zal ik jullie in de komende 35 minuten mijn visie over ons vakgebied en tot slot het plan van aanpak in het kader van mijn leerstoel toelichten. Maar dus eerst wat geschiedenis ...

1 Geschiedenis

- a. Pijncontrole wordt vaak geassocieerd met het voorkomen van pijn tijdens en na heelkundige operaties en is op die manier ook nauw verbonden met de ontwikkeling van de discipline Anesthesiologie: tussen anesthesie (niet meer voelen) en analgesie (geen pijn meer voelen) is dan ook zo niet veel verschil. De eerste demonstratie van een pijnloze operatie onder algemene anesthesie dateert reeds van half de 19 Eeuw aan de Harvard Medical School in het Amerikaanse Boston.

Maar het duurde nog een eeuw voor de oprichting van de eerste Nederlandse anesthesieafdeling in het Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis door de uit England afkomstige Mevr Van Der Meulen-Cranch. Niet per toeval uit Engeland want daar was in de Tweede Wereldoorlog heel wat ervaring opgebouwd met het in leven houden van de vele oorlogsslachtoffers en dat leide tot de doorbraak van de Anesthesiologie in Europa. De rechterhand van Mevr VDMeulen Cranch was ene Menno Sluijter en hij startte in 1973 als eerste in Nederland met een pijnsprekkuur en werd vervolgens in 1989 aangesteld als hoogleraar aan deze Universiteit, de toen nog jonge Rijks Universiteit Limburg. Dit was de eerste leerstoel Pijn in Nederland en zelfs in Europa. Pionierswerk in Maastricht!

- b. In de jaren '90 voerde Ben Crul een kruistocht voor meer aandacht voor pijnbehandeling bij patiënten met kanker en hij werd hoogleraar Pijnbestrijding in Nijmegen. Ook in België kenden we pioniers, Albert Van Steenberghe, die zijn volk en Europa leerde “epidurales” prikken en Hugo Adriaensen, die de eerste pijnkliniek van België startte in Leuven en nadien afdelingshoofd anesthesie werd aan de universiteit van Antwerpen. Ik wil graag deze 4 pioniers bedanken want ik heb het genoeg gehad bij allen een deel van mijn opleiding te hebben genoten. Zonder hen zou ik hier vandaag niet staan.
- c. Maarten van Kleef, in 2002 opvolger van Menno Sluijter en mijn voorganger en mentor, heeft hier de pijnafdeling uitgebouwd en was zo dertig jaar lang HET gezicht van de pijn in Maastricht,

maar ook tot ver daarbuiten. In samenwerking met Prof Bert Joosten heeft hij vorm gegeven aan het hoogaangeschreven translationele pijnonderzoek. Maarten zal straks in zijn afscheidsrede nog dieper ingaan op alle realisaties, het is indrukwekkend veel, waarvoor al mijn respect vriend!

- d. De Universiteit Maastricht heeft onder zijn impuls ook een sleutelrol gespeeld in de ontwikkeling en professionalisering van de Pijngeneeskunde zowel nationaal als internationaal.

2: Epidemiologie

Uit dit kort geschiedenis overzicht, leren we dat pijngeneeskunde nog een erg jonge discipline is. Maar toch zijn er actueel reeds vijf universiteiten in Nederland met een Anesthesioloog als hoogleraar pijngeneeskunde: Kris Vissers in Nijmegen, Frank Huyghen in Rotterdam, Andre Wolf in Groningen en last but not least onze enige vrouwelijke collega Monique Steegers uit Amsterdam, die vorige maand haar inaugurele rede heeft gehouden. Allen hier aanwezig vanuit heel het land en ik kijk uit naar een vruchtbare samenwerking met ieder, alsook met de besturen van de Nederlandse Pijnsectie en PAINalliantie.

- a. Waarom zijn er nu zoveel pijnhoogleraren nodig, hoor ik u al denken ... De prevalentie cijfers tonen duidelijk de nood hiervoor aan. In Nederland lijden naar schatting 2 miljoen mensen chronische pijn. Ik deel ook graag nog wat relevante cijfers uit België, waar vorig jaar de nationale gezondheidsenquête werd uitgevoerd in opdracht van alle ministers die in België te maken hebben met Volksgezondheid. Ja Nederlandse vrienden, dat zijn er maar liefst zes... Het goede nieuws is dat de gemiddelde levensverwachting blijft stijgen, nu tot 81.5 jaar. Dit is een trend die we bijna overal in de Westerse wereld zien sedert de laatste 100 jaar. Maar het minder goede nieuws is dat de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit daalde tgv een toename van het aantal personen met pijnklachten.

- b. Dus door de vooruitgang van de wetenschap en de geneeskunde in de 20 en 21 eeuw, leven we langer, maar helaas is dat niet altijd met voldoende kwaliteit. Niet elk lichaam lijkt blijkbaar gemaakt om ook comfortabel langer te leven. Iedereen kent wel een of meerdere voorbeelden in de eigen familie of vriendenkring. De aanbeveling aan de 6 ministers was dan ook om **chronische pijn te erkennen als een probleem van volksgezondheid en dat er bij alle zorgverstrekkers voldoende aandacht moet zijn voor de pijnklachten van patiënten**. Een aanbeveling die ik alleen maar kan ondersteunen en zal helpen om mee in praktijk om te zetten als we daartoe ook de nodige middelen en mogelijkheden voor krijgen.
- c. Het is niet alleen in België en Nederland een probleem, maar duidelijk een internationale trend. The Lancet publiceert om de vijf jaar een wereldwijde ziektehitparade, “Global burden of disease”, het gaat over de beperkingen door een ziekte of aandoening en wordt opgemeten in 195 landen voor 350 ziektebeelden. En wat denkt u dat de nummer 1 staat op die lijst? ... Chronische pijn en in het bijzonder de lage rugpijn is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van levensjaren met beperking, the global burden of disease.
- d. En om het plaatje helemaal volledig te maken, geef ik ook nog een impressie van de kostprijs mee. Een ander toonaangevend tijdschrift de NEJM publiceerde enkele jaren geleden een overheidsrapport dat de kostprijs van chronische pijn in de VS hoger is dan deze van kanker, hart en vaatziekten en diabetes allen tezamen. De hoge maatschappelijke kost heeft uiteraard te maken met de beperkingen en soms langdurige invaliditeit tgv chronische pijn. 600 Miljard Dollar was het indruwekkende cijfer voor de jaarlijkse kost, zowel medisch als maatschappelijk, van chronische pijn in de VS. In Nederland zijn er schattingen van rond de 20 Miljard Euro.

- a. Waarom is chronische pijn toch zo'n majeur medisch en maatschappelijk probleem geworden? Het is zeker nog een medisch dilemma, want tot op heden bestaat er voor pijn helaas nog geen diagnostische gouden standaard, pijn is niet zichtbaar, zelfs niet op de meest geavanceerde scanners. En er is helaas ook geen wonderbehandeling, dus geen wonderpil, geen wonderprik noch een wonderoperatie en al zeker geen "one size fit all" aanpak. Dat is de moeilijke boodschap die we dagelijks aan een deel van onze patiënten moeten brengen, ondanks de hoge lijdensdruk die ze dikwijls ervaren.
- b. Toch worden we allen en dus ook onze patiënten, via al dan niet verdoken reclame in de populaire media, overspoeld met zogenaamde nieuwe wonderoplossingen voor pijn. Helaas kwasi altijd "fake news", zoals het tegenwoordig genoemd wordt oftewel het leven zoals het is ...
- c. Maar niet alleen de patiënten, ook de artsen worden overstelpt door informatie, het aantal wetenschappelijke publicaties is niet meer bij te houden voor de individuele zorgverstrekker. Er was dus nood aan een samenvatting van de kennis, maar dan wetenschappelijk onderbouwd. In de jaren negentig werd de "Evidence Based Medicine" geïntroduceerd. EBM moet de individuele arts een leidraad geven voor de keuze van de beste behandeling voor de individuele patiënt, door de eigen kennis en ervaring te koppelen aan de best beschikbare bewijzen in de wetenschappelijke literatuur. Dit is dus ook nog een jonge beweging, maar die op korte termijn wel een revolutie heeft veroorzaakt in onze huidige gezondheidszorg.
- d. Wat betreft pijngeneeskunde en EBM is mijn voorganger Maarten van Kleef een belangrijke pionier en nog steeds een internationale key opinion leader. Het concept voor de richtlijnen anesthesiologische pijnbehandelingen, is hier ontstaan en deze zijn ondertussen ook internationaal aanvaard. De waarde van een behandeling voor een specifieke diagnose wordt hierin gebalanceerd ten opzichte van de risico's voor bijwerkingen en complicaties, alsook de graad van invasiviteit van de

behandeling. Als arts hebben we allemaal de eed van Hippocrates afgelegd, waarvan “primum non nocere” een essentieel onderdeel is. Het is dan ook belangrijk om voor iedere behandelingsoptie de mogelijke voor en nadelen af te wegen. Straks zal ik nog wat dieper ingaan op een frappant voorbeeld waar dit principe niet werd gevolgd: de opioïden crisis.

- e. EBM is ook een stimulans geweest voor het uitvoeren van hoogwaardig kwalitatief onderzoek. Hiervoor heeft onze onderzoeksgroep steeds drie criteria gehanteerd en dat willen we ook in de toekomst zo houden:
 - a. Eerst en vooral moet er een duidelijke medische noodzaak zijn voor onderzoek, de zogenaamde unmet clinical need.
 - b. vervolgens is er een voldoende wetenschappelijk interessant onderzoeksvraag nodig
 - c. Maar onderzoek moet bovenal ook maatschappelijk relevant zijn, wat zeker voor chronische pijn meestal het geval is.

4: Zo komen we bij “**Less is more**”, de titel van mijn rede. Deze term, eerder een filosofie, is afkomstig van Ludwig Mies van der Rohe, een wereldberoemd Duits-Amerikaans architect uit de Bauhaus periode. In zijn architectuur met heldere afgemeten vormen staat het streven naar de essentie centraal, hoe minder overdaad hoe beter. Maar het uiteindelijke resultaat moet wel aan de hoogst mogelijke kwaliteit voldoen. Zijn bekendste gebouw in Chicago is ondertussen werelderfgoed geworden, mede door zijn eenvoud ...

- a. Less is more is ook ons “leitmotiv” in de pijngeneeskunde bij het zoeken naar een gulden middenweg, tussen enerzijds het teveel behandelen, met overconsumptie en therapeutische hardnekkigheid tot gevolg en anderzijds een fatalistische non houding van te weinig behandelen en zelfs onderconsumptie. Keep it simple en doe alleen zinnige zorg, zoals Maarten het straks nog verder zal toelichten.

- b. De toepassing van EBM in de pijngeneeskunde is ook een mooi voorbeeld van Less is more. Bij gebrek aan een diagnostische gouden standaard moet voor het grote aantal patiënten dat zich aanbied in een pijncentrum omzichtig omgegaan worden met de indicatiestelling. Dikwils gaat de voorkeur naar een combinatie van een minimaal invasieve aanpak en een multidisciplinaire begeleiding. Het verwachtingspatroon moet correct voorgesteld worden aan de patiënt. Het doel is pijnverlichting zo mogelijk en indien dit niet realistisch is, dan zo goed mogelijk het functioneren ondersteunen. Ook het niet behandelen is soms ook een optie. Een goed geïnformeerde patiënt kan meedenken en meebeslissen bij de keuze van de behandeling. “Samen beslissen” is een principe dat we dan ook zoveel mogelijk toepassen in de pijngeneeskunde.

5: Hoe het zeker niet moet, leert ons de **Opioiden crisis**. De alarmerende berichten die ons vanuit de Verenigde Staten bereiken over het stijgend aantal doden door de inname van de zogenaamde sterke opioïden (zware pijnstillers afgeleid van morfine), is een typisch voorbeeld van hoe het niet moet. De toegenomen aandacht voor pijn heeft door een samenloop van omstandigheden helaas ook indirect tot een catastrofe geleid. Hoe is het toch zover kunnen komen? In 1986 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, de pijnladder voor de behandeling van patiënten met kankerpijn. In deze benadering wordt de sterkte van de geneesmiddelen in drie stappen opgedreven met de bedoeling de patiënt met kanker een betere pijncontrole en kwaliteit van leven te geven. Hierdoor konden wereldwijd, zo nodig aan kankerpatienten op een verantwoorde manier sterke pijnstillers voorgeschreven worden, zodat ze op een humane manier hun laatste dagen, weken of maanden konden doorkomen. In vele landen ter wereld was het medisch gebruik van morfine en derivaten in 1986 nog niet toegestaan op basis van de narcoticawetgeving.

- a. MAAR ... het voorschrijven van deze sterke opioïden werd de laatste 20 jaar, kwasi geruisloos overgenomen voor de behandeling van de erg grote groep van patiënten met chronische niet-kanker pijn, vb lage rugpijn, zenuwpijn, etc ... alhoewel er

weinig studies gedaan werden bij deze populatie en de lange termijn effecten en veiligheid nooit goed gedocumenteerd werden. Geen EBM dus, maar de geneesmiddelenindustrie voerde een sterke promotie voor het meer liberale gebruik van de sterke opioïden, vooral in de Verenigde Staten en daar werden deze middelen dan ook royaal voorgeschreven. Het resultaat is dan ook hallucinant en haalt regelmatig de media, volgens officiële cijfers zijn er hierdoor 500.000 doden gevallen in de laatste 20 jaar, oftewel ongeveer 25.000 per jaar, alleen in de VS. Veel meer dan dat er jaarlijks een 9/11 ramp zou gebeuren, die ons nog zo in het geheugen is gegrift ... In de VS is er door deze opioïden crisis, nu officieel een epidemie genoemd, zelfs een daling van de levensverwachting, en dit voor de eerste keer sedert de Eerste Wereldoorlog en de Spaanse griep epidemie van 1918. Dit jaar heeft President Trump de strijd tegen de opioïden crisis/epidemie zelfs tot een van de hoofdpunten voor de rest van zijn ambtstermijn uitgeroepen... en er ook nog 7 Miljard dollar extra voor uit getrokken. Farmaceutische bedrijven hebben ondertussen al voor 50 Miljard Dollar schadevergoeding uitbetaald aan slachtoffers en hun nabestaanden, alleen al in de VS, en sommigen flirten hierdoor met het faillissement. Allemaal maatschappelijk bijzonder relevant nietwaar ...

In Nederland en België spreekt men gelukkig (nog) niet van een opioïden crisis. Waarom wel in de VS en niet hier is de vraag die we regelmatig krijgen van Amerikaanse organisaties en universiteiten, terwijl we wellicht toch evenveel chronische pijnpatiënten hebben. Er is geen eenvoudige verklaring voor maar wellicht zijn de erg commerciële organisatie van de gezondheidszorg, de socio-economische problemen van de middenklasse, de misbruiken tot het illegaal omkopen van artsen/key opinion leaders en zelfs patientengroeperingen, allemaal factoren die een rol hebben gespeeld in de VS en bij ons gelukkig veel minder aan de orde zijn. Maar het is vooral ook een illustratie waar de NIET toepassing van EBM in de pijngeneeskunde kan toe leiden en zoals zonet al aangehaald is dat nu net één van de stokpaardjes van onze afdeling.

b. Gelukkig blijft de overheid in Nederland niet bij de pakken zitten, mede om te voorkomen dat het de verkeerde richting zou uitgaan. Minister Bruins heeft hiervoor dit jaar in een brief aan het parlement een aantal actiepunten opgesteld. Ik neem de belangrijkste aanbevelingen met u door:

- Meer maatschappelijke en medische aandacht voor pijnbestrijding
- Meer media-aandacht voor de gevaren van pijnbestrijding met opioïden.
- Verbeterpunten voor de voorschrijvers: oa te gemakkelijk gebruik maken van herhaalrecepten
- Melden van het niet-medisch of oneigenlijk gebruik van opioïden.

Het klinkt ons allemaal als muziek in de oren en een nationale werkgroep gaat er verder mee aan de slag. Maar het doel is duidelijk: Less is more ... en dat wil zeker niet zeggen dat alles terug verboden moet worden. Maar wel om sterke opioïden voornamelijk terug voor te behouden voor de kankerpijnpatienten. Voor de andere patienten, enkel als hoogst noodzakelijk en dan zo kort en zo weinig mogelijk en al zeker geen langdurig gebruik meer. Less is more ...

c. In dezelfde context doet ook de recent toegenomen aandacht voor (medicinale) cannabis en de behandeling van pijn een alarmbel rinkelen. Ook voor medicinale cannabis is er weinig of geen evidentie voor effectiviteit, is er weinig of niets geweten over de veiligheid bij een langdurig gebruik van soms 10, 20 jaar of meer bij chronische pijnpatienten, en zijn er uiteraard de mogelijke verslavingsrisico's ... Maar toch worden deze producten bij de bevolking actueel teveel gehypet als een nieuwe (wonder)oplossing voor chronische pijn. Dit is niet door evidentie onderbouwd en de evolutie naar een mogelijke cannabis crisis binnen vijf of tien jaar is dan ook niet uit te sluiten. Van onze kant zullen we aan beide zijden van de grens blijven ijveren voor zowel een correct en verantwoord medisch beleid, alsook voor een correcte beeldvorming naar de publieke opinie. Zo we dat niet doen, kan het in de praktijk dweilen met

de open kraan worden, zoals onze Amerikaanse collega's hebben mogen ondervinden de laatste decennia. Less is more ... en zeker ook maatschappelijk relevant

6: Professionalisering

- a. Dit slechte voorbeeld, alsook de hoge prevalentie en de complexiteit van het pijnprobleem, illustreert nogmaals de nood aan een verdere professionalisering. Maar actueel kan iedereen zich nog altijd pijnarts of pijnspecialist noemen, bij gebrek aan een wettelijke regeling. Om kwaliteitsreden is een regulering en erkenning als pijnarts gewenst, met ook een duidelijke omschrijving van de competenties en verantwoordelijkheden. Gezien het maatschappelijk probleem van chronische pijn, geen overbodige luxe. Zowel in Nederland als in België worden er actueel belangrijke initiatieven uitgezet om dit doel te bereiken. We werken er hard aan mee en het is ook leuk om te zien dat er in heel wat dossiers een interessante kruisbestuiving is tussen onze twee landen. Het warm water moet niet altijd opnieuw uitgevonden worden en wat goed is bij de burens kan beter overgenomen worden en vice versa.
- b. Dit brengt me naadloos bij de synergie tussen Nederland en Vlaanderen voor onze anesthesiologische pijnverenigingen. De laatste 15 jaar is er over de landsgrenzen heen een prachtige samenwerking ontstaan voor het organiseren van congressen, het opstellen van richtlijnen en de communicatie van wetenschappelijke informatie. Ik denk dat we stilaan aan het bewijzen zijn dat de scheiding der Nederlanden van de 16 Eeuw een historische vergissing was. De stelling 10 van mijn promotie in 2005 aan deze Universiteit, wil ik graag nog eens herhalen "Heer, laat het Prinsenvolk der oude Nederlanden niet ondergaan in haat, in broedertwist en schande .." De godsdienstoorlogen zijn gelukkig al lang voorbij en samen staan we veel sterker. En we beginnen navolging te krijgen, want in het voetbal probeert men ons voorbeeld te volgen met de oprichting van de BeNeliga, een

gemeenschappelijke Nederlandse en Belgische voetbalcompetitie. Gewoon doen, kunnen we hen uit onze ervaring meegeven.

- c. Iedereen die me wat beter kent, verwacht nu een dia van KRC Genk, die vorig jaar nog kampioen van België werden en ook hofleverancier is van onze nationale ploeg, de Rode Duivels, maar vandaag is het zonder dia's.

Hier besluit ik dus NIET met Less is More, want iedereen in deze zaal zal er wel mee akkoord gaan dat we volgende zomer op het EK naar een droomfinale Nederland-Belgie gaan, die dan uiteraard zal gewonnen worden door Mijn excuses aan alle Duitsers hier in de zaal

7. Na dromen over de voetbal terug naar de realiteit met een kort overzicht van het **plan van aanpak** in het kader van mijn leerstoel Pijngeneeskunde. Dit omvat zowel gezondheidszorg, onderwijs, opleiding, en onderzoek.

7.1. Gezondheidszorg.

Het MUMC is in volle transformatie waarbij de zorg in patiëntencentra wordt ondergebracht en ook de onderzoeksscholen van de faculteit worden hierin geïntegreerd. 2020 wordt een overgangsjaar waarin de (sub)afdeling Pijngeneeskunde in het nieuwe organogram zal overgaan van de Anesthesiologie en het Acut Centrum, naar het Hersen Zenuw Centrum. Het belangrijkste speerpunten is de behandeling door Neurostimulatietechnieken die we vanaf 1 januari samen met de collega's van Neurochirurgie zullen organiseren in een multidisciplinair team. Maar ook in het nieuwe Bewegings Centrum en het Oncologisch Centrum hebben we belangrijke activiteiten met als speerpunten de echogeleide interventies (MS) en de aanpak van oncologische pijn (MvdB en AL).

In de Pijngeneeskunde is multidisciplinaire samenwerking een kernwoord, die we in een drie lagige structuur zien:

- De eerste laag is onze (sub)Afdeling Pijngeneeskunde, waar we voor de dagelijkse werking met anesthesiologen, een neuroloog, hoogleraar palliatieve zorg, huisarts, PA, pijnverpleegkundigen, kwaliteitsmedewerker, onderzoekers en secretariaat integraal samenwerken.
- Op wekelijkse basis is er het MDO met de collega's van revalidatie, orthopedie, neurochirurgie, psychiatrie en psychologie. Apart ook nog ad hoc voor bijzondere patientengroepen.
- De derde schil is het Universitair Pijn Centrum Maastricht, waarbij we alle afdelingen en faculteiten die met pijn te maken hebben binnen de UM koepel, willen betrekken om de samenwerking te faciliteren, in het bijzonder ook voor het onderzoek.

Het efficient en performant aansturen van al deze structuren en veranderingsprocessen is een flinke uitdaging op zich ...

7.2 Onderwijs

Beter en meer onderwijs was ook een aanbeveling van Minister Bruins in zijn Kamerbrief eerder dit jaar. Met onze eerder kleine pijnafdeling in het MUMC, worden er toch heel wat onderwijstaken opgenomen. Maar om eerlijk te zijn heb ik als kersverse hoogleraar de indruk dat het misschien wat ondergeschikt wordt beschouwd tov de onderzoeksactiviteiten met gemeten output van publicaties en binnen gehaalde onderzoekgrants. Ik durf toch een lans te breken voor een geherwaardeerde academische aandacht voor onderwijs en ik was dan ook verheugd om van onze Rector recent dezelfde boodschap te vernemen.

7.3 Opleiding moet lijden tot certificering en erkenning van pijnartsen. De reeds eerder genoemde richtlijnen omvatten een welomschreven lijst van competenties. De bekwaamheid van het uitvoeren van de interventionele pijnbehandelingen wordt

internationaal geevalueerd in het examen van Fellow in Interventional Pain Practice (FIPP) van het World Institute of Pain. Wij hebben in de Benelux relatief gezien het hoogste aantal FIPP's wat mede een illustratie is van de kwaliteit van de pijnopleiding in onze regio. Met Maarten van Kleef, vroeger, en nu Monique Steegers en Kris Vissers zitten we ook daar mee in de cockpit. De volgende fase is om samen te werken met de Europese pijnfederatie EFIC onder het voorzitterschap van Prof Bart Morlion van Leuven, hier ook aanwezig, om ook het Europese basispijnexamen te laten uitgroeien tot een complementaire standaard met het FIPP examen.

7.4. Het multidisciplinaire Pijnonderzoek is grotendeels ingebed in de Onderzoeksschool Mental Health and Neuroscience (MHeNs). In samenwerking met het laboratorium experimentele anesthesiologie en pijnbestrijding zal verder gezocht worden naar de oorzaken, mechanismen en behandeling van chronische pijn. Het onderzoek gaat terug naar de basisprincipes dat er een medische noodzaak, wetenschappelijk voldoende interessant en vooral maatschappelijk relevant moet zijn. Ik geef graag enkele voorbeelden die ook allemaal passen binnen de speerpunten zoals in de kliniek gespecificeerd.

Het eerste is de '**Radiofrequente behandeling van chronische kniepijn**' door onderzoeker Thibaut Vanneste, staflid in het ZOL. Naar schatting heeft ongeveer 22 % van de bevolking klachten van kniepijn en indien invaliderend kan hiervoor een vervanging van het kniegewricht door een knieprothese gebeuren. in Nederland werden vorig jaar, in 2018, meer dan 32.000 knieprothese geplaatst, vnl owv pijnklachten. Helaas blijft een deel van de patienten ook nadien nog invaliderende kniepijn klachten ervaren. Er is dus behoefte aan een doeltreffende en minimaal invasieve behandeling voor kniepijn en dat zullen we verder multicentrisch onderzoeken in Maastricht, Lanaken en Arnhem met de co promotoren Micha Sommer en JW Kallewaard en in samenwerking met de diensten orthopedie van de drie ziekenhuizen, alsook voor de kosteneffectiviteit met Sander van Kuijk en Merel van KEMTA.

Een tweede voorbeeld betreft Lage rugpijn, zoals eerder al aangehaald een breed maatschappelijk probleem en daarom ook een interessant onderwerp voor kwaliteitsonderzoek. Hier in Maastricht loopt al enkele jaren een pilootproject over anderhalve lijnszorg voor rugpijnpatienten. Het doel is te vermijden dat te veel patienten onnodig naar het ziekenhuis gaan. Dit zal verder onderzocht worden door Dion Branje, huisarts in opleiding, samen met Prof Jean Muris van de Huisartsgeneeskunde en copromotor Nelleke De Mey, kwaliteitsverantwoordelijke van onze afdeling in samenwerking met Paul Willems van de orthopedie en Brigitte Brouwer, neuroloog op onze afdeling.

Een derde en laatste voorbeeld is het onderzoek naar '**chronificatie van pijn na de behandeling voor borstkanker**' door onderzoeker Anne Lukas, stafid in onze afdeling. Het is een combinatie van de farmacologische behandeling en psychosociale interventie om het aantal patiënten dat chronische pijn lijdt na borstamputatie en/of andere behandeling zoals chemo en radiotherapie voor borstkanker. De onderzoeksgroep wordt geleid door ons afdelingshoofd Prof Wolfgang Buhre en het hoofd van de psychologie Prof Madelon Peters. Deze week kwam de bevestiging van de toekenning van een belangrijke onderzoeksgrant van het KWF voor dit project. Dank en felicitaties hiervoor.

Excuses voor alle andere onderzoekstrajecten die ik hier niet kan vermelden, maar ik moet stilaan plaats maken voor mijn voorganger, die nog uitgebreid zal doorgaan over onderzoek.

8: Dankwoord

Dan kom ik tot het dankwoord dat ik niet in detail ga doen, want dan heb ik nog een extra half uur nodig om iedereen die me dierbaar is individueel te bedanken, maar Maarten zal straks in zijn rede het dankwoord mede namens ons twee doen ... ook dat is een voordeel van een dubbeloratie.

Maar op een dag als vandaag denken we toch ook altijd even aan onze dierbaren die er niet meer bij zijn, in het bijzonder mijn ouders, schoonouders en broer Geert, we zullen hen nooit vergeten.

Verder wil ik toch nog graag het volgende nog vermelden als dankbaarheid naar iedereen. Alle hiervermelde doelstellingen behalen kan ik zeker niet alleen en als hoofd probeer ik vooral een coach en begeleider van talent te zijn. Het feit dat ik hier voor u sta is te danken aan de steun en het vertrouwen van alle collega's, medewerkers, familie, vrienden en vele anderen. Een mens kan slechts floreren wanneer er respect is voor de anderen en iedereen naar waarde ingeschat wordt.

In de praktijk realiseren we ons maar al te goed dat geneeskunde in het algemeen en pijngeneeskunde in het bijzonder een dagelijkse les in nederigheid en bescheidenheid blijft en daarom wil ik ook de patiënten die ons hun vertrouwen schenken, zowel in de kliniek als voor het onderzoek, vandaag uitdrukkelijk bedanken.

Dan geef ik nu het woord door aan Maarten van Kleef voor zijn afscheidsrede. Dat we hier vandaag tezamen onze oratie houden is ook symbolisch als teken van samenwerking en continuïteit!

Ik heb gezegd